

טופס מותאם למילוי במחשב



3. שולחים

שלחו את הטופס מייל או בפקס בהתאם להנחיות שמפורטות מטה.



2. ממלאים

מלאו את הטופס.
אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו ☒ בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (Save).

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב.
הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.



1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב באמצעות Download.

הקובץ לא נפתח?



יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader).
אם התוכנה לא מותקנת על המחשב שלך, [אפשר להוריד אותה בחינם מאתר Adobe](#)

אם קיבלת הודעה שצריך להוריד או להתקין חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהמשיך בהתקנה לפי ההוראות. משהו לא הסתדר?
[למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#)

לתשומת לבך!



מידע שנשלח במייל עלול להיות חשוף לגורמים לא רצויים באינטרנט.
שליחת מידע במייל למכבי שירותי בריאות, פוטרת את מכבי מאחריות על דליפת מידע השתרחשה כתוצאה מהשימוש במייל.

להורים שלום,

ההפניה למכון להתפתחות הילד נעשית על פי שיקול דעת מקצועי של הרופא/ה המטפל/ת. באם הרופא/ה המטפל/ת מחליט/ה כי יש להפנות למכון זה, הוא/היא יעניק/תעניק להורים הפניה רפואית ייעודית לכך. בצירוף ההפניה הרפואית, יש למלא את ערכת הטפסים הבאה:

• שאלון הורים

• שאלון גנן/ת או שאלון מורה, בהתאם למסגרת החינוכית בה שוהה הילד/ה.

את השאלונים יש למלא במלואם. במידה ויש ברשותך מסמכים כדוגמת תוצאות, אבחונים ובדיקות יש לצרפם.

לא תתקבל פניה למכון ללא מילוי מלא של כל השאלונים.

את הטפסים המלאים כולל הפנית הרופא יש לשלוח בפקס, בדוא"ל או בדואר כמפורט בטבלה מטה, או להעביר פיזית למרכז הרפואי הקרוב למקום מגוריכם. מזכירות המכון תיצור אתכם קשר לקביעת זימון לאבחון בטווח של עד שבועיים מקבלת הערכה המלאה. במהלך האבחון מתבצע תשאול לגבי בעיותיו ההתפתחותיות של הילד/ה. לשיקול דעתם של ההורים אם הילד/ה יהיה/תהיה נוכח/ת במעמד זה. לשמירה על רצף הטיפול, מומלץ להמשיך את הטיפול במכון שבו התבצע האבחון.

הסכמה לשליחת סיכומי אבחון / טיפול בהתפתחות הילד בדואר רגיל או דוא"ל

אני הח"מ מאשר/ת ומסכים/ה בזאת כדלהלן:

נמסר לי שככלל, "מכבי שירותי בריאות" נוהגת לשלוח מסמכים הכוללים מידע רפואי בדואר רשום בלבד.

יחד עם זאת, אני מאפשר/ת ל"מכבי שירותי בריאות" להעביר אלי את החומר הרפואי באחת מן האפשרויות הבאות:

משלוח בדואר אלקטרוני, לכתובת ☐

משלוח בדואר רגיל, לכתובת ☐

☐ צפיה במסמכים באתר לבעלי סיסמא למכבי Online, בכתובת online.maccabi4u.co.il

כל זאת בכפוף לקבלת הסכמתי המפורשת, תוך ידיעה שהסיכום כולל מידע רפואי אודות ילדי. ידוע לי, כי משלוח בדואר רגיל אינו ניתן למעקב כמו משלוח בדואר רשום, וכי בהגעת הסיכום לכתובת המגורים שלי, קיים סיכון שהנ"ל יימסר למישהו אחר חוץ ממני, ולא באופן אישי לידי, על כל המשתמע מכך. בהתאם לכך, אני פוטר/ת את מכבי מכל אחריות בקשר לאי-הגעת הסיכום לידי או לעיון בו על-ידי מי שאינו מורשה לכך על-ידי. ולראיה באתי על החתום:

תאריך מילוי השאלון / / שם הילד/ה ת.ז. (9 ספרות)

חתימת ההורים

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

הורה 1 ☐ הורה 2 ☐

לתשומת לבך!



גם במקרה של הורים נשואים וגם במקרה של הורים גרושים - חובה על 2 ההורים לחתום גם יחד.

בחירת מכון

מומלץ לבחור את המכון הקרוב ביותר למקום המגורים. המכון הנבחר ילווה את ילדך/ילדתך משלב האבחון ועד לקביעת הטיפול

מודיעין | מכבי מודיעין עילית אבני נזר 46

טלפון: 08-9141800, פקס: 073-2284427
modine_kds@mac.org.il

מודיעין-מכבים-רעות | המרכז לבריאות הילד מודיעין

עמק דותן 53, טלפון: 08-9735666, פקס: 073-2284426
modin_kds@mac.org.il

נהריה | מכבי נהריה אחד העם 8

טלפון: 04-9878400, פקס: 073-2284309
naharia_misrad@mac.org.il

נצרת עילית | מכבי נוף הגליל מעלה יצחק 14

טלפון: 04-6508888, פקס: 073-2284310
nazaret_child@mac.org.il

נתיבות | מכבי נתיבות ד"ר סמל יוסף 10

טלפון: 08-6267255, פקס: 076-8893813
netivotm_yeled@mac.org.il

נתניה | מכבי נתניה מרכז שד בנימין 21

טלפון: 09-8924260, פקס: 073-2132093
sharon_nt_yeled@mac.org.il

כפר סבא | מכבי כפר סבא רפפורט 3

טלפון: 09-7478130, פקס: 073-2132096
sharon_yeled@mac.org.il

פתח תקוה | מכבי פתח תקוה העצמאות 65

טלפון: 03-9392630, פקס: 073-2132090
sharon_pt_yeled@mac.org.il

קרית מוצקין | מכבי קרית מוצקין שד בן גוריון 80/א

טלפון: 04-8781555, פקס: 076-8893515
hit_chiled_mzknn@mac.org.il

ראשון לציון | מכבי מרכז המכונים לישנסקי יוסף 1

טלפון: 03-9634777, פקס: 073-2284407
machon-kds@mac.org.il

צפת | מכבי מרכז רפואי צפת הגדוד השלישי 39

טלפון: 04-8473222, פקס: 073-2284345
zefat@mac.org.il

רחובות | מכבי מרכז המכונים רחובות שושן אריה 1

טלפון: 08-6866716, פקס: 073-2132483
e_r_chailde@mac.org.il

שפרעם | מרכז רפואי שפרעם כמאל ג'ונבלאט

טלפון: 04-9865707, פקס: 073-2284316
zfn_shraam@mac.org.il

תל אביב | מכבי השלום (גם לתושבי אילת) יגאל אלון 96

טלפון: 03-7614060, פקס: 03-7178291
hashalomch@mac.org.il

תל אביב | מכבי יפו התקומה 36

טלפון: 03-5122122, פקס: 03-2284262
hashalomch@mac.org.il

אור יהודה | מכבי אור יהודה אופירה 1

טלפון: 03-5771313, פקס: 073-2132139
bnebrak_ch@mac.org.il

אילת | מכבי אילת בית הארז, הפתן 5

טלפון: 08-6866555, פקס: 073-2132766
peten_child@mac.org.il

אלעד | מכבי אלעד מזרח רבי יהודה הנשיא 94

טלפון: 03-5771313, פקס: 073-2132139
bnebrak_ch@mac.org.il

אשדוד | מכבי אשדוד ז רשב"י 15

טלפון: 08-8688132, פקס: 073-2284713
ashdod_z_child@mac.org.il

אשקלון | מכבי אשקלון הגבורה 3

טלפון: 08-6747703, פקס: 073-2284748
ashkelon_child@mac.org.il

באר שבע | מכבי מרכז רפואי נגב התקוה 4

טלפון: 08-6267255, פקס: 073-2132489
b7_child@mac.org.il

בית שמש | מרכז מכונים בית שמש נחל דולב 19

טלפון: 02-5061999, פקס: 073-2284425
bshem_kds@mac.org.il

בני ברק | מכבי בני ברק רבי עקיבא 86

טלפון: 03-5771313, פקס: 073-2132139
bnebrak_ch@mac.org.il

זכרון יעקב | מכבי זכרון יעקב הרצל 48

טלפון: 04-6398262, פקס: 073-2284321
zichron_yakov@mac.org.il

חולון | מכבי חולון צאלים צאלים 9

טלפון: 03-5085666, פקס: 073-2284423
zelim_kds@mac.org.il

חיפה | מכבי גרנד קניון גולן שמחה 54

טלפון: 04-8796920, פקס: 073-2284336
ckpost-child@mac.org.il

יקנעם | מכבי יקנעם שד יצחק רבין 9, יקנעם עילית

טלפון: 04-9936100, פקס: 073-2284319
yokneam-hithayeled@mac.org.il

ירושלים | מכבי ירושלים אגריפס 42

טלפון: 02-6461900, פקס: 073-2132204
roter_kds@mac.org.il

ירושלים | מכבי מזרח ירושלים אל-אספהאני 8

טלפון: 02-6281255, פקס: 076-8893319
estjrlm-kds@mac.org.il

כרמיאל | מכבי כרמיאל השושנים 128

טלפון: 04-9027222, פקס: 073-2132747
carmiel-misrad@mac.org.il

כללי

הבקשה מורכבת מ-2 שאלונים. שאלון למילוי על-ידי ההורה ושאלון למילוי על-ידי הגורם החינוכי. יש להכין מראש טופס הפניה מהרופא ואת המסמכים הרלוונטיים ולצרפם לבקשה. לתשומת לבך, יש למלא את השאלונים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

תאריך מילוי השאלון / /	שם ממלא/ת השאלון	גורם מפנה
סיבת הפניה למכון		

פרטי הילד

שם משפחה	שם פרטי	מין ☐ זכר ☐ נקבה
ת.ז (9 ספרות)	תאריך לידה / /	ארץ לידה

מסגרת חינוכית ☐ גן / מעון ☐ בית ספר ☐ בבית עם הורה ☐ בבית עם מטפלת ☐ אחר ☐

פרטי המשפחה

מצב משפחתי ☐ נשוי/אה ☐ חד-הורית ☐ גרושה ☐ אחר ☐

כתובת	דואר אלקטרוני
-------	---------------

פרטי הורה 1

שם	ת.ז (9 ספרות)	ארץ לידה
שנת לידה	שנת עליה (לא חובה)	מספר שנות לימוד
עיסוק	טלפון נייד	טלפון נוסף (לא חובה)
מידע נוסף שברצונך להוסיף (לא חובה)		
בעיות התפתחותיות אצלך בעבר ו/או בריאותיות בהווה (ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות)		

פרטי הורה 2

שם _____	ת.ז (9 ספרות) _____	ארץ לידה _____
שנת לידה _____	שנת עליה (לא חובה) _____	מספר שנות לימוד _____
עיסוק _____	טלפון נייד _____	טלפון נוסף (לא חובה) _____
מידע נוסף שברצונך להוסיף (לא חובה) _____		
בעיות התפתחותיות אצלך בעבר ו/או בריאותיות בהווה (ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות) _____		

איש קשר לקביעת תורים ☐ הורה 1 ☐ הורה 2 ☐ אחר

שם _____ טלפון נייד _____

האם קיימת קרבת דם בין ההורים? ☐ כן ☐ לא

האם הנכם דוברי עברית? ☐ כן ☐ לא

האם ילדך/תן חשוף/ה לשפות אחרות? ☐ כן ☐ לא

אם כן, יש לפרט _____

אם לא, יש לפרט _____

אם כן, יש לפרט _____

פרטי ילדים נוספים במשפחה

שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____
שם _____	מין _____	שנת לידה _____	בעיות בריאותיות והתפתחותיות _____

יש לפרט אם נערכה בדיקה במכון להתפתחות הילד או נערך אבחון על ידי מרפאה בעיסוק _____

מידע התפתחותי

יש לסמן האם מבצע/ת - כן / לא. יש לפרט את הקושי בהערה. אם התחום אינו רלוונטי עבור ילדך, ניתן לסמן 'לא רלוונטי'.

יכולות מוטוריות בסיסיות

שכיבה על הבטן והרמת ראש בנשיאת משקל על הידיים

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

היפוך מגב לבטן דרך שני הצדדים

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

היפוך מבטן לגב

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

זחילת גחון

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

זחילת שש

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

קימה לעמידה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

ישיבה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

הליכה בתמיכה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

הליכה עצמאית

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

פעילות בידיים

הושטת יד למשחק

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

העברת חפץ מיד ליד

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

הקשת שני חפצים

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

מחיאית כף

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

שפה ודיבור

מלמול - השמעת צלילים וקולות

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

צחוק בקול

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

תגובה לקול

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

תגובה לקריאה בשם הפרטי

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

יצירת קשר עין

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

מזון

האם יונק/ת?

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

אכילה מבקבוק

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

אכילה בעזרת כפית

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

אכילת מחיות

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

אכילת מוצקים

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

אכילה עצמאית

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

האם יש פליטות?

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

כללי

רגישות לגירויים חושיים: מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

משחק לבד ללא תיווך של מבוגר

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

ויסות עצמי - הרגעות, שימוש במוצץ / אצבע

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

הרדמות

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

שינה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

הבחנה בין זרים למשפחה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

מידע רפואי

יש למלא את כל הפרטים ולחתום בסוף הטופס.

כן ☐ לא ☐

מהלך הריון ולידה תקינים

אם לא, יש לפרט

כן ☐ לא ☐

בעיות רפואיות

אם כן, יש לפרט

7 מתוך 7

כן ☐ לא ☐

קבלת תרופות באופן קבוע

אם כן, יש לפרט

כן ☐ לא ☐

האם נערכו בדיקות ראייה?

אם כן, יש לפרט את תוצאות הבדיקה. ניתן לצרף את התוצאות בהמשך.

כן ☐ לא ☐

האם נערכו בדיקות שמיעה?

אם כן, יש לפרט את תוצאות הבדיקה. ניתן לצרף את התוצאות בהמשך.

בהתאם להנחיות משרד הבריאות
הטיפוליים כרוכים בתשלום השתתפות עצמית.

חתימת ההורים

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

תאריך

 / /

הורה 2

☐

הורה 1

☐

1 מתוך 5

שלום לגנן/ת של

שם משפחה _____ שם פרטי _____
 הילד/ה הופנה אלינו לאבחון התפתחותי. נודה לך על מילוי השאלון על מנת לקבל תמונה עדכנית לגבי התפקוד במעון / גן.
 יש למלא את כל הפרטים. לתשומת לבך, יש למלא את השאלונים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

למילוי על-ידי ההורה

תאריך מילוי השאלון _____ ת.ז. (9 ספרות) _____
 תאריך לידה _____ מין _____
 זכר ☐ נקבה ☐

למילוי על-ידי הגנן/ת

שם הגנן/ת _____ שם המעון / גן _____
 מספר הילדים במעון / גן _____ גילאי הילדים במעון / גן _____
 כתובת המעון / גן _____ יישוב _____
 טלפון המעון / גן _____ טלפון הגנן/ת _____
 סוג המעון / גן _____
 האם ניתן סיוע במעון / גן? _____
 אם כן, יש לפרט _____
 מעון ☐ גן מיוחד ☐ גן פרטי ☐
 כן ☐ לא ☐

מידע התפתחותי

יש לסמן את התפקוד והפעילות בתחומים שלפניך ולפרט את הקושי בהערה. אם התחום אינו רלוונטי ניתן לסמן 'לא רלוונטי'.
 יש להתייחס הן להישגים והן למידת ההשתתפות בגן בפעילויות אלו.

יכולות מוטוריות בסיסיות

שכיבה על הבטן והרמת ראש בנשיאת משקל על הידיים

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

היפוך מגב לבטן דרך שני הצדדים

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

היפוך מבטן לגב

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

זחילת גחון

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

זחילת שש

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

קימה לעמידה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

ישיבה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

הליכה בתמיכה

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

הליכה עצמאית

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

שפה ודיבור

מלמול - השמעת צלילים וקולות

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

צחוק בקול

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

תגובה לקול

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

תגובה לקריאה בשם הפרטי

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

יצירת קשר עין

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

פעילות בדייים

הושטת יד למשחק

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

העברת חפץ מיד ליד

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

הקשת שני חפצים

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

מחיאת כף

כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי ☐

מה ברצונך להוסיף?

מזון

האם יונק/ת?

☐ כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

אכילה מבקבוק

☐ כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

אכילה בעזרת כפית

☐ כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

אכילת מחיות

☐ כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

אכילת מוצקים

☐ כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

אכילה עצמאית

☐ כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

האם יש פליטות?

☐ כן ☐ לא ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

כללי

רגישות לגירויים חושיים: מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה

☐ בהתאם לגיל ☐ קושי קל ☐ קושי משמעותי ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

משחק לבד ללא תיווך של מבוגר

☐ בהתאם לגיל
 ☐ קושי קל
 ☐ קושי משמעותי
 ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

ויסות עצמי - הרגעות, שימוש במוצץ / אצבע

☐ בהתאם לגיל
 ☐ קושי קל
 ☐ קושי משמעותי
 ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

הרדמות

☐ בהתאם לגיל
 ☐ קושי קל
 ☐ קושי משמעותי
 ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

שינה

☐ בהתאם לגיל
 ☐ קושי קל
 ☐ קושי משמעותי
 ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

הבחנה בין זרים למשפחה

☐ בהתאם לגיל
 ☐ קושי קל
 ☐ קושי משמעותי
 ☐ לא רלוונטי

מה ברצונך להוסיף?

התרשמות כללית

יש למלא את כל הפרטים ולחתום בסוף הטופס.

ביקור סדיר במעון?

☐ כן
 ☐ לא

אם לא, יש לפרט

מהו הקושי העיקרי להתרשמותך שבו צריך עזרה עבור הילד/ה?

הופעה חיצונית

חתימת הגנן/גננת

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

שם מלא

תאריך

☐